Ospedale Civile di Lecce - Laboratorio Batteriologico
Diretto dal Cav. Uff. Dott. G. Candido

Le febbri infettive predominanti nel Leccese

Osservazioni del Dott. G. CANDIDO

Estratto dalla RIFORMA MEDICA, *Anno XXXIX, N. 7, 1923*

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO G. BARCA
Sezione: *Riforma Medica*
1923

Ospedale Civile di Lecce - Laboratorio Batteriologico
Diretto dal Cav. Uff. Dott. G. Candido

Le febbri infettive predominanti nel Leccese

Osservazioni del Dott. G. CANDIDO

Estratto dalla RIFORMA MEDICA, *Anno XXXIX, N.* 7, *1923*

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO G. BARCA
Sezione: *Riforma Medica*
1923

Hanno da qualche tempo richiamata l'attenzione dei medici pratici e degli igienisti alcune forme infettive acute febbrili, ricorrenti, con insolita frequenza, in quasi tutto il territorio della Provincia di Lecce, avvolte in una specie di mistero, non facili ad essere identificate coi soli mezzi di indagine clinica, senza l'indispensabile e potente aiuto di ricerche sierodiagnostiche.

Destinato principalmente a queste ricerche sorse nel dicembre del 1920 il Laboratorio batteriologico dell'Ospedale Civile, fondato e diretto da me; sebbene non siano molti i casi dei quali ho avuto occasione d'occuparmi durante questo primo biennio, pure essi sono sufficienti a farci acquistare il concetto esatto della natura e delle cause di dette febbri e perciò mi son deciso a pubblicarli, raggruppandoli come segue:

1. Forme febbrili risultate positive all'agglutinazione del Micrococco di Brüce (febbri di Malta)	N.	46
2. Idem risultate positive all'agglutinazioine del Bacillo di Eberth (tifo ebertiano)	»	17
3. Idem per il paratifo A	»	13
4. Idem per il paratifo B	»	6
5. Febbri malariche	»	12
6. Setticemie e setticopiemie	»	7
7. Colibacillosi	»	4
8. Negative nell'agglutinazione del tifo, paratifi, melitense ed alla ricerca dei parassiti malarici	»	21
Totale	N.	126

Basta questo semplice schema per dimostrare che le forme febbrili infettive predominanti, accertate con la siero-agglutinazione, sono le melitensi. Ho raccolte accuratamente le storie di tutti gli ammalati, ma la tirannia dello spazio non mi permette di pubblicarle in questa breve nota preventiva: dirò solo che non tralasciai di fermare la mia attenzione su di un fattore etiologico molto importante, l'uso cioè di verdure crude, o di latte di capra crudo.

E' oramai bene accertato che le capre s'infettano col micrococco di Brüce e lo trasmettono all'uomo col latte: la lattoreazione, o Zammit test, l'unico mezzo sicuro per farci riconoscere le capre infette, è presso di noi completamente trascurata. Il Vincent (*Riforma Medica,* n. 30; 24 luglio 1922) ha proposto recentemente un vaccino per renderle refrattarie all'infezione e se la vaccinazione si attuerà in pratica su vasta scala, si potrà usare senza pericolo il latte fresco, tanto più gradevole al gusto e più digeribile di quello bollito.

La febbre di Malta, come il tifo, il colera, la dissenteria ecc. deve considerarsi una malattia *ab ingestis* che si contrae col latte di capra e più raramente con le verdure crude, con le ostriche, coi mitili di cui sono ghiottissimi tutti i Leccesi. Molti medici consigliano di bollire il latte di vacca, perchè temono la trasmissione della tubercolosi, ma, quasi tutti permettono il latte di capra crudo perchè ritengono che il micrococco di Brüce sia ospite soltanto della capra maltese e non della nostrana, idea erronea, molto diffusa e ben volentieri accolta da chi non sa rinunziare alla voluttà di un bicchiere di latte appena munto.

I casi di febbre di Malta da me seguiti dopo espletate le ricerche del Laboratorio, ebbero tutti una durata molto lunga sino ad un massimo di due anni, specialmente quando la malattia, non riconosciuta a tempo, confusa con le infezioni tifiche, paratifiche o con la malaria, fu curata con dieta liquida prolungata ed assoluta, o con ripetute iniezioni di chinino. La febbre di Malta è una setticemia, dev'essere subito sierodiagnosticata e curata energicamente con ricostituenti generali, alimentazione corroborante, cambiamento d'aria, distrazione, preparati arsenoferruginosi, ecc. Disgraziatamente non abbiamo un vero specifico per questa malattia, molto noiosa, se non letale, ma non bisogna trascurare la sieroterapia e la vaccinoterapia, specialmente con l'autovaccino, unico rimedio che spiega un'azione diretta contro l'infezione.

La formula leucocitaria nelle febbri di Malta presenta sempre prevalenza dei grossi mononucleati, come del resto è già

stato dimostrato da precedenti osservazioni, e fra tutti i sintomi clinici subbiettivi, quello che non manca quasi mai e serve abbastanza bene per differenziarle, è la stitichezza.

Forme tifiche e paratifiche. Alle setticemie Bruceane seguono per ordine di frequenza le infezioni tifiche e paratifiche: diciassette casi risultarono positivi all'agglutinazione del bacillo di Eberth: tredici all'agglutinazione del paratifo A; sei all'agglutinazione del paratifo B. Come si vede l'infezione da paratifo B è presso di noi la più rara, mentre si ritiene più frequente in altre regioni d'Italia: il Banti nel suo trattato d'anatomia patologica scrive: « Nelle infezioni paratifiche umane il bacillo B è quattro volte più frequente del bacillo A; nei casi mortali è stato trovato sempre il bacillo B ».

Nella storia degli ammalati si ha sempre notizia dell'uso di verdure crude o di frutti di mare, ciò che spiega alcune piccole epidemie familiari; parecchi membri di una stessa famiglia sono cioè contemporaneamente colpiti, dopo aver aver fatto uso in comune degli stessi cibi infetti. Un esempio tragico, recente, di mia conoscenza personale, è avvenuto in Lecce in questi ultimi mesi: un'intera famiglia, il padre, la madre e 4 figli sono stati colpiti dal tifo con due morti, una bambina di quattordici mesi ed una di nove anni. L'epidemia è scoppiata in famiglia in seguito all'uso d'insalata cruda e di mitili.

Sanarelli ritiene il tifo una setticemia d'origine tonsillare con localizzazioni secondarie del bacillo di Eberth sui follicoli solitari e sulle placche di Peyer. Dal punto di vista clinico tutti i casi di tifo ebertiano ebbero in generale un decorso piuttosto mite; guarirono in un periodo di tempo relativamente breve; mentre ebbero un decorso più grave e spesso una durata di parecchi mesi quelli di paratifo A: figurano fra questi due casi di morte, uno con perforazione intestinale, peritonite settica e morte al quarantatreesimo giorno di malattia; l'agglutinazione risultò positiva per il paratifo A all'uno per mille e seicento; coagglutinazione del tifo all'uno per quattrocento; l'altro con agglutinazione positiva del paratifo A all'uno per millecinquecentottanta, coagglutinazione del tifo all'uno per cento settantacinque e del paratifo B all'uno per novantacinque: la malattia ebbe un decorso di quasi un anno, a tipo reumatoide, con endocardite ed insufficienza della mitrale. Non intendo naturalmente escludere i casi gravissimi di tifo ebertiano e ne cito ad esempio uno degli ultimi da me studiati con agglutinazione all'uno per quattrocento, temperature a 41° centigradi - ematuria - emoglobinuria, molti cilindri e cellule renali nel sedimento

(nefrite tossica emorragica - nefrotifo); la morte avvenne al nono giorno di malattia.

Sierodiagnosi negative. Le forme febbrili risultate negative alle prove sieroagglutinanti comprendono le autotossiche intestinali che clinicamente sono affini alle infezioni tifiche, decorrono con febbre continua remittente, a lungo decorso; tumore di milza, ottusità sul colon discendente, albumina e cilindri; l'albuminuria cessa prima della cilindruria: con tutta probabilità sono infezioni da *bacterium coli* e perciò ben definite col nome di colibacillosi. L'agglutinazione del siero degli ammalati sui ceppi di coli non ha importanza diagnostica, perchè il siero normale di adulti contiene spesso agglutinine. Klieneberger (*Deut. Arch. f. Klin. Med.*, vol. 90, pag. 287) trovò campioni di *bacterium coli* che venivano agglutinati sino ad una diluizione di uno per duemila cinquecentosessanta con siero normale, come viceversa un siero è agglutinante per un dato campione e non per altri ceppi di laboratorio.

La prova da agglutinazione sul coli è oggi per queste ragioni abbandonata ed avrebbe solo valore se eseguita col siero dell'ammalato sul germe infettante dell'ammalato stesso.

Sono inoltre molto importanti gli altri casi risultati negativi all'agglutinazione del tifo, paratifi, melitense ed alla ricerca dei parassiti della malaria. Figurano tra questi ad esempio un caso di meningite tubercolare, diagnosticato anche da me con l'esame del liquido cefalo-rachidiano, a formula leucocitaria quasi esclusivamente linfocitica: due di tubercolosi intestinale, uno di orchite tubercolare bilaterale, due d'endocardite acuta, uno di carcinosi glandolare ecc.

Forme setticemiche. Sono in tutto sette casi di febbri setticemiche e setticopiemiche, studiate con l'emocoltura, mediante prelevamento del sangue dalla vena del gomito, col massimo rigore d'asepsi, insemensamento di matracci di brodo alcalino Löffler, sterile, col metodo Daddi Castellani, ed aggiunta di liquido ascitico nella proporzione di un terzo per la coltura del gonococco. In quattro casi fu isolato lo stafilococco, in un caso lo stafilococco associato allo streptococco, trasformati in vaccini autogeni ed iniettati per via ipodermica ed endovenosa diedero risultati soddisfacenti; in altri due casi fu isolato il gonococco di Neisser; la setticemia gonococcica, grave, con febbri altissime, localizzazioni articolari (reumatismo blenorragico) fu vinta in pochi giorni con le iniezioni ipodermiche a dosi progressive di stock vaccino polivalente.

Malaria. Importantissimi e molto brillanti per il risultato della cura furono dodici casi di malaria i quali decorrevano con

febbri continue che mentivano forme tifiche e paratifiche: dieci risultarono terzane primaverili e due febbri estivo autunnali.

Conclusioni. — Da questa prima serie di ricerche emodiagnostiche e microscopico cliniche risulta che le forme febbrili predominanti in provincia di Lecce sono le melitensi; seguono le forme di tifo ebertiano e di paratifo A in proporzioni quasi uguali; sono meno frequenti le infezioni da paratifo B; le febbri malariche sono in maggioranza terzane primaverili e più rare le estivo autunnali.